LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. — *Pour répondre au désir d'un certain nombre de nos abonnés et pour suivre les tendances actuelles, nous abaissons le prix des abonnements à la* France médicale *à 8 francs par an pour la France et à 12 francs pour l'étranger. C'est donc une quittance de 8 francs qui sera présentée à nos lecteurs à partir du 20 janvier. Les abonnements déjà souscrits aux prix anciens seront prolongés de six mois pour la France et de trois mois pour l'étranger. Le prix du numéro est réduit à 15 centimes.*

SOMMAIRE

Clinique médicale : De la dyspepsie hernieuse, par le Dr Zabé, (*suite et fin*), 17. — **Bibliographie :** Blennorrhagie chez la femme, par le Dr Verchère, 18. — **Revue de la presse :** Un cas de rhinosclérome, par J.-T. Jackson, 23. — **Académie de médecine :** *Séance du 9 janvier* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Décès, 23. — Névralgie du trijumeau et lésions méningo-cérébrales, 23. — Le microbe du tétanos, la bactéridie du charbon, 24. — Pustule maligne, 24. — Pathogénie du glaucome, 24. — De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne, 24. — Hygiène de l'enfance, 25. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie :** *Séance supplémentaire du 16 novembre* 1893. — Présidence de M. Besnier. — Varices lymphatiques de la muqueuse labiale, consécutives à des érysipèles à répétition, 25. — Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage, 26. — Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenu sous l'influence d'un vésicatoire permanent, 26. — Sur un lichen de Wilson simulant par place un pityriasis rubra pilaire, 26. — Lupus et grossesse, 26. — Mycosis fongoïde, 26. — Névrodermite, 26. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance :** *Séance du 8 novembre* 1893. — Présidence de M. Yvon, 27. — **Société de chirurgie :** *Séance du 10 janvier* 1894. — Présidence de M. Ch. Périer. — Fracture du crâne par coup de feu ; enfoncement ; trépanation ; guérison, 28. — Tumeur du biceps probablement de nature tuberculeuse, 29 — Hystérectomie et prolapsus, 29. — Ablation de ganglions aprotido-carotidiens, 29.— Luxation de la dernière phalange du gros orteil en dedans, 29. — Grossesse extra-utérine tubaire avec conservation du fœtus, 29.— Elections, 29. — **Memento pratique :** Nouvelles pilules mercurielles, par Ch.-E. Quinquaud, 29. — Liqueur de Fowler potassique inaltérable, 30. — **Nouvelles**, 30. — **Bulletin bibliographique**, 32.

CLINIQUE MÉDICALE

De la Dyspepsie hernieuse,

Par le Dr Zabé.

(Suite et fin) (1).

DILATATION DE L'ESTOMAC, ÉPIPHÉNOMÈNE FRÉQUENT DE LA DYSPEPSIE HERNIEUSE.

Pour M. Bouchard, « tout estomac qui ne se rétracte pas, quand il est vide, est un estomac dilaté ». L'ectasie gastrique se reconnaît à des signes certains : le clapotage, et surtout le bruit de flot amphorique, perçus à jeun. Les dilatés ressentent une sensation de pesanteur épigastrique accompagnée d'un malaise général. Pas de gastralgie effective, quelquefois un rayonnement douloureux dans les hypocondres, lorsque l'estomac est très distendu. Les vomissements sont rares ; des éructations acides se produisent avec une fétidité particulière de l'haleine, laquelle résulte de l'auto-intoxication, due à la résorption des toxines par la muqueuse de l'estomac.

D'après notre propre expérimentation clinique, et en dehors des cas, relativement rares, de rétrécissements organiques du pylore, la dilatation de l'estomac n'est souvent qu'un épiphénomène de la dyspepsie hernieuse. La portion pylorique se trouvant entravée dans le tiers des cas, par une bride épiploïque, l'évacuation du chyme s'effectue avec une extrême lenteur. Distendue chaque jour outre mesure, à la suite d'efforts qui durent six, huit heures et plus, la tunique musculaire perd peu à peu sa rétractilité : elle finit par rester dilatée. Cette dernière ne présente pas dans toute son étendue une épaisseur uniforme ; au voisinage du pylore, elle est de 3 à 4 millimètres ; sur la grande courbure, elle se réduit à 1 millimètre, tandis que sur la partie centrale de la grosse tubérosité, elle atteint à peine 1/4 de millimètre. Aussi, est-ce cette portion du viscère qui, d'ordinaire, se dilate la première ; elle descend parfois dans l'hypochondre gauche jusqu'à 3 et 4 centimètres en dessous d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Certains partisans du chimisme stomacal prétendent que la dilatation de l'estomac est due à l'hyperchlorhydrie ; et encore pour d'aucuns, l'ectasie serait due à un spasme exclusivement limité au pylore. Ces différentes hypothèses portent complètement à faux et sont toutes plus contradictoires les unes que les autres. Dans son admirable traité de splanchnologie, M. Sappey, en énumérant les causes principales des différentes variations de volume de l'estomac, a indiqué clairement le processus anatomo-physiologique de la dilatation gastrique. « En général ce dernier organe, écrit-il, est plus petit chez la femme que chez l'homme, ainsi que chez les individus dont l'alimentation a été longtemps insuffisante, et chez les malades affectés d'un rétrécissement organique de l'œsophage. Le volume de ce viscère, au contraire, est plus grand chez la plupart des gros mangeurs, et chez les individus qui ne font qu'un seul repas copieux, chaque vingt-quatre

(1) Voir *France médicale*, n° 1, p. 1.

heures. L'estomac acquiert surtout un grand développement à la suite de toutes les affections qui tendent à entraver le passage des aliments dans l'intestin grêle. » Or, dans le tiers environ des cas de dyspepsie hernieuse, la portion pylorique se trouvant neutralisée dans ses mouvements péristaltiques, chaque jour l'évacuation du chyme est retardée pendant de longues heures. Tout comme un tissu élastique, trop longtemps tiraillé, la paroi stomocale perd peu à peu son pouvoir rétractile ; et c'est la grosse tubérosité, dont la couche musculaire est des plus minces, qui la première se dilate. Cette grosse tubérosité, ne revenant plus sur elle-même, tient entr'ouvertes les lames de l'épiploon gastro-splénique, de sorte que ce segment stomacal est plus ou moins accolé à la rate. De ce changement dans les rapports anatomiques des deux viscères, résultent certainement des troubles plus ou moins profonds dans la sanguification, lesquels ne dépendent plus seulement de l'auto-intoxication. De récentes recherches tendent à établir que la rate, ainsi que les autres glandes vasculaires sanguines, sécrètent une matière antiseptique, destinée à neutraliser les toxines contenues dans la masse du sang. Dans ces conditions anatomo-statiques, *un ventricule qui ne finit pas de se débarrasser des aliments ingérés est non seulement un estomac dilaté, mais encore un estomac « enraté »*. Ce néologisme rend trop bien notre pensée pour qu'il ne soit pas excusé. Si, du reste, l'expression, « courir comme un dératé », est admise, il sera bien permis de dire, en parlant d'un individu dont l'estomac dilaté contient toujours des matières plus ou moins bien chymifiées, « qu'il digère lentement, comme un enraté qu'il est ».

TROUBLES HÉPATIQUES DANS CERTAINS CAS DE DYSPEPSIE HERNIEUSE.

En même temps que les troubles digestifs, résultant d'une bride épiploïque, implantée à droite de la gouttière ombilicale, il se produit assez souvent, du côté de la sécrétion biliaire, des désordres qui se manifestent sous forme de douleurs, de coliques. Le foie, ainsi que la vésicule, augmentent de volume ; parfois, surviennent des vomissements glaireux ou bilieux. C'est qu'alors l'épiploon gastro-hépatique fait partie intégrante de la hernie pathogène ; la cicatrice ombilicale se trouve comme immobilisée, est tirée en arrière, quelquefois assez profondément. Le canal cholédoque, avant d'aboutir au duodénum, chemine entre les deux lames de ce repli séreux, gastro-hépatique. La bride herniaire rétrécissant plus ou moins le calibre de ce conduit, constitue un obstacle à l'écoulement de la bile. Et suivant que l'obstruction est plus ou moins effective, l'augmentation du foie et celui de la vésicule s'établit plus ou moins rapidement. La bile s'accumulant, éclatent à des intervalles plus ou moins éloignés de véritables *coliques hépatiques*. L'hyperémie est d'autant plus intensive que les vaisseaux qui se rendent au hile du foie, en rampant à travers les feuillets de l'épiploon, subissent du fait de ce tiraillement une dilatation parésique qui entretient et augmente l'état congestif de cet organe. La coexistence des troubles gastro-hépatiques, constatée cliniquement, est toute expliquée ; ces désordres, en effet, dérivent de la même cause, de la même lésion anatomique, une bride épiploïque qui entrave à la fois l'estomac et le canal cholédoque.

Nombre d'individus qui, à la suite d'une hernie située à droite de la gouttière ombilicale, ont l'estomac dilaté et les digestions plus ou moins laborieuses, deviennent à la longue hyperglycémiques. Dans le *diabète gras*, cette corrélation est presque constante ; la hernie pathogène maîtrisée, la glycosurie disparaît rapidement.

DYSPEPSIE INTESTINALE D'ORIGINE HERNIEUSE.

La dyspepsie intestinale n'est nullement un épiphénomène de la dyspepsie stomacale, ainsi que l'admettent la plupart des auteurs. Les troubles digestifs intestinaux dépendent le plus souvent d'une entéro-épiplocèle ombilicale qui, tout d'abord, par ses brides épiploïques, a rendu l'œuvre de chymification plus ou moins laborieuse. Les actes qui appartiennent en propre à la digestion intestinale sont, à leur tour, perturbés, lorsqu'une anse d'intestin est emprisonnée dans le sac herniaire. C'est si vrai que la flatulence a l'air de se déplacer avec les aliments plus ou moins bien digérés, et d'envahir l'abdomen. Il se produit du météorisme, de la tension des hypocondres, de la pneumatose, des borborygmes, de l'entéralgie, ou encore des coliques sourdes. Dans les cas de simple entérocèle, les malaises ne se manifestent qu'après l'arrivée du chyme dans l'intestin, sans que la digestion stomacale ait été préalablement influencée d'une façon cliniquement appréciable.

Les conséquences habituelles de ces accidents dyspeptiques secondaires sont la *constipation* et la *diarrhée*. De beaucoup la plus fréquente, la constipation s'explique par la paresse de l'intestin, paralysé dans ses mouvements péristaltiques. Parfois, après plusieurs jours de resserrement, survient une véritable débâcle, accompagnée de selles glaireuses.

La diarrhée, plus rare, est caractérisée par des fèces vertes, lientériques, où les matières alimentaires sont encore reconnaissables, et dégagent une odeur sulfhydrique des plus fétides. Cette putridité est due à l'absence des mouvements vermiculaires, indispensables à l'élaboration normale du chyme ; d'où l'infection gastro-intestinale consécutive.

Obésité abdominale. — En dehors des cas de polysarcie idiosyncrasique, le plus grand nombre des individus atteints d'obésité abdominale sont des hernieux du nombril. Dans tous les cas d'entéro-épiplocèle ombilicale, le mésentère est plus ou moins allongé. De ce fait, la circulation des vaisseaux chylifères qui rampent entre les deux feuillets de ce repli péritonéal se

trouve plus ou moins obstruée. Ce ralentissement fonctionnel, des plus importants au point de vue de l'absorption adipeuse, est la cause immédiate de l'emmagasinement de la graisse qui se déverse dans les replis mésentériques. Le volume de l'estomac, et celui de l'intestin grêle, arrive à être plus que doublé. Et souvent le ventre grossit, alors que l'embonpoint diminue.

Lumbago hernieux. — Le mésentère étant incessamment tiraillé par une anse d'intestin herniée, il s'établit, au pourtour de son point d'attache supérieure, à gauche de la deuxième vertèbre lombaire, un état congestif plus ou moins douloureux qui peu à peu s'étend à toute la région ischiatique circonvoisine. Il en résulte un lumbago qui résiste à tous les traitements médicamenteux. Quelquefois la douleur se manifeste du côté du cæcum dont la partie interne sert de point d'attache inférieur à ce repli séreux. La souffrance est telle qu'on a diagnostiqué souvent une périty phlite. Une contention appropriée assure la prompte guérison de ces accidents hernieux, sur l'origine desquels l'attention des praticiens n'a jamais été attirée, à ce que nous sachions.

DYSPEPSIE HERNIEUSE CHEZ LES JEUNES ENFANTS.

Chez les jeunes enfants, l'épiploon n'étant pas encore constitué, les hernies ombilicales si fréquentes à cet âge, sont toujours des entérocèles. L'estomac recouvert par le côlon transverse est très peu développé et n'a point de contact avec la paroi abdominale. Aussi les troubles digestifs qui se manifestent sous la dépendance d'une exomphale sont-ils toujours symptomatiques de la dyspepsie intestinale. Il existe, en effet, du météorisme accompagné de borborygmes, de l'entéralgie qui se traduit par les cris de l'enfant, de la constipation ou de la diarrhée bruyante. Le ventre, devenu gros, rappelle assez dans sa forme celui de la grenouille. Parfois, il se produit à la percussion un bruit de clapotage, particulier à la dilatation stomacale. Mais ce clapotement s'effectue dans le côlon transverse, transformé en ventricule, du fait de l'état hernieux, et non point dans l'estomac dont la capacité n'a pas varié.

DIAGNOSTIC DES PETITES EXOMPHALES.

Normalement, la cicatrice ombilicale est plus ou moins enfoncée, suivant l'embonpoint du sujet ; la partie supérieure étant plus déprimée que l'inférieure, sa face cutanée regarde en haut et en avant. Avec beaucoup d'à propos, Ingres, le peintre célèbre, l'avait appelée « l'œil du torse ». L'ombilic varie tellement de formes que l'on peut dire, sans crainte de se tromper : *autant de ventres, autant de nombrils dissemblables.* Des mondaines, curieuses de leur beauté plastique, ont fait elles-mêmes la remarque que la cicatrice de leur attache originelle ne ressemblait pas précisément à celle de la Vénus antique.

Cette variété infinie de formes est surtout due à la fréquence des petites hernies ombilicales. Certains nombrils sont dissimulés sous un repli cutané, figurant une paupière supérieure, plus ou moins close. D'aucunes arrivent à ne plus présenter, à l'inspection, qu'une ligne transversale, plus ou moins allongée. Sans obésité aucune, quelques entonnoirs ombilicaux mesurent jusqu'à 3 et 4 centimètres de profondeur. Ces infundibulum sont constitués par le retrait de la cicatrice, entraînée et maintenue en arrière par une bride épiploïque. D'autres ombilics sont atrophiés et réduits à un état rudimentaire. D'autres enfin font saillie sur l'abdomen, comme une rosette décorative sur le revers d'un habit. Et cependant jusqu'alors aucun auteur n'a signalé ces multiples déformations, dont les conséquences, à propos de l'état dyspeptique, sont d'une importance pathogénique capitale !

Comment reconnaître les petites exomphales, si différentes des hernies plus ou moins volumineuses qui forment un relief sous la peau? Le patient étant debout, le corps légèrement incliné en avant, le toucher abdominal doit être pratiqué avec l'extrémité de l'index, en parcourant avec soin les replis de l'anneau, ainsi que les parties avoisinantes. Si une petite grosseur molle, irrégulièrement arrondie, et au-devant de laquelle la peau glisse librement, est rencontrée dans cette région, et qu'une pression modérée fasse naître une douleur plus ou moins vive, l'existence d'une hernie est presque certaine. Cet élément diagnostique est d'autant plus probant qu'une pression beaucoup plus forte sur les parties voisines reste insensible. Lorsqu'un gargouillement est perçu, sous l'influence d'une secousse de toux, plus de doute possible; c'est le signe pathognomonique de toute hernie dont le sac contient une partie d'intestin.

Le taxis de ces petites hernies suscite parfois une sensation douloureuse dans un point opposé de la circonférence abdominale, tel que l'épigastre, les hypocondres ou l'hypogastre. A la suite d'une métrite consécutive à un accouchement, Mme T..., âgée de 23 ans, était restée souffrante depuis trois ans. Étant debout, elle ressentait des douleurs dans le ventre qui partaient de l'ombilic et s'étendaient de chaque côté de l'hypogastre. Le champ dolosif formait un V renversé. Or, la patiente était atteinte d'une petite épiplocèle ombilicale : une pression directe sur cette hernie exaspérait aussitôt les souffrances habituelles. Une contention méthodique amena promptement la guérison de ces douleurs qui, manifestement, se trouvaient sous la dépendance d'un tiraillement du péritoine pariétal hernié, sensibilisant les points de l'hypogastre qui lui correspondaient. Ces retentissements douloureux sont le point de départ fréquent de *névralgies pelviennes* dont les origines sont si souvent obscures.

A la suite d'inspirations profondes, les mouvements d'élévation de la paroi abdominale et ceux d'un nombril hernié ne sont plus isochrones, l'ombilic entravé rompant la mesure.

Dans les cas de très petites épiplocèles, l'examen devient méticuleux et demande beaucoup d'attention, ainsi qu'une certaine pratique. Le collet de quelques hernies est tellement étroit qu'il n'est pas possible d'y faire pénétrer la pointe d'un stylet (Le Dentu). D'autres exomphales ne sont constituées que par une partie d'épiploon laquelle, ayant traversé un éraillement aponévrotique, se convolute sur elle-même et donne au toucher la sensation d'un corps dur, plus ou moins régulièrement arrondi. L'ombilic étant tenu déplissé, la partie herniée s'aperçoit d'autant plus facilement que sa coloration est toute différente de celle des parties voisines : tantôt elle est d'un blanc nacré, et tantôt d'un rouge vif. Son volume dépasse rarement celui d'une petite perle ou d'un pois. Lorsque l'entonnoir est profond, il est indispensable, pour bien voir ces stigmates, de faire usage d'un dilatateur à 3 branches. Ces petites exomphales qui émergent habituellement au-dessus de la cicatrice ombilicale, restée indemne, sont parfois bilobées, voire même trilobées.

Une pression très exacte étant pratiquée sur la partie herniée, il s'en suit une sensation semblable à celle d'une piqûre ou d'une brûlure, ainsi qu'il arrive toutes les fois que le péritoine est irrité. Cette même pression éveille assez souvent une autre souffrance dans un point opposé de la circonférence abdominale, soit à la partie supérieure de l'épigastre, soit dans les espaces intercostaux, ou encore du côté de l'hypogastre. Ce dernier signe est d'autant plus important que les autres symptômes font le plus souvent défaut. Il n'y a pas lieu de s'étonner si des médecins, en dehors de toute mauvaise foi, dénient l'existence de ces hernies minuscules dont ils ne soupçonnent même pas l'existence.

Au moment où la partie herniée de l'ombilic est touchée, nombre de patients accusent aussitôt une douleur du côté de la vessie. Cette sensation dolosive s'étend parfois jusqu'à l'extrémité de la verge, chez l'homme ; elle retentit, chez quelques femmes, sur le fond de l'utérus et jusqu'au rectum. Ce fait n'a jamais été signalé, à ce que nous sachions. Un pastelliste du plus grand mérite, M. Fr. T... était devenu très nerveux à la suite de digestions longtemps pénibles, ayant pour cause une épiplocèle ombilicale. L'estomac se trouvait si bridé qu'un verre d'eau ingéré en entier déterminait un malaise instantané. La compression de cette hernie provoquait immédiatement un tiraillement douloureux du côté de la vessie.

DYSPEPSIE NERVEUSE, SIMPLE ENTITÉ FACTICE.

La dyspepsie nerveuse est beaucoup plus rare qu'on ne le dit, si toutefois elle existe. Les états dyspeptiques qui n'étaient pas suffisamment caractérisés au point de vue du chimisme stomacal étaient considérés comme étant d'origine nerveuse. La dyspepsie utérine est l'exemple le plus frappant de cette erreur pathologique, depuis si longtemps classique. Certains gynécologues en font encore le syndrome presque constant de toute métrite. Mais comme nous l'avons péremptoirement démontré, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Paris, le 30 juin 1891, la dyspepsie utérine, non hernieuse, est des plus rares, et tient à des causes anatomiques différentes qui ne tarderont pas à être mises à jour. Les désordres afférents n'ont ni la même expression, ni le même caractère ; ils rappellent ceux qui existent pendant les premiers mois de la grossesse. La dyspepsie hernieuse, au contraire, est des plus fréquentes, et s'observe, argument décisif, presque aussi souvent chez l'homme que chez la femme. Les troubles digestifs, dits sympathiques, ne dépendent nullement d'une métrite plus ou moins chronique, avec action réflexe assez puissante pour engendrer la dyspepsie, avec tout son cortège symptomatique. La hernie pathogène maîtrisée, les fonctions digestives se régularisent, alors que l'affection utérine persiste tout entière : *ab uno disce omnes*.

A la Société de médecine des hôpitaux, M. Hayem, avec sa haute compétence, déclarait, dans la séance du 12 mai 1893, que la plupart des gastropathes hyperpeptiques étant considérés comme des névropathes, la constatation d'un processus anatomique en corrélation avec l'état hyperpeptique conduit à mettre en doute l'existence d'une dyspepsie essentielle, primitivement nerveuse. En terminant sa communication, il ajoutait que « les opinions qui ont été émises sur ce point, sont décidément contredites par les faits ». Nous partageons entièrement la manière de voir du distingué professeur ; la pathogénie de la dyspepsie hernieuse nous y autorise pleinement.

AUTRES CAUSES ANATOMIQUES DE LA DYSPEPSIE.

Il n'y a pas seulement que les hernies ombilicales qui, par leurs brides, entravent les fonctions de l'estomac. D'autres tiraillements épiploïques peuvent se produire dans des conditions anatomiques différentes.

Il y a déjà longtemps, Malgaigne enseignait à ses élèves que certaines « pointes inguinales », entravaient la digestion. La remarque clinique de cet éminent chirurgien était exacte. L'épiplon se trouvant pincé dans le canal inguinal, les mouvements d'ampliation gastrique sont enrayés par le fait même, à un moment donné du travail digestif.

A l'amphithéâtre d'anatomie de l'École des Beaux-Arts, en décembre 1892, nous trouvâmes sur un sujet, âgé de 42 ans, une hernie inguinale du côté droit, du volume d'une orange, et qui n'avait jamais été réprimée. Le sac, fendu longitudinalement, permit de reconnaître que la moitié de cette cavité était remplie d'épiploon, adhérent à tout l'arc antérieur du collet. Le vaste repli séreux, qui s'étale comme un rideau, au-devant de l'intestin grêle, était tout plissé et ramené en entier dans le flanc droit. Il en résultait une large bride qui tiraillait l'estomac. D'autre part, le mésentère très allongé était enseveli sous une épaisse couche de graisse, résul-

tant de la gêne circulatoire des vaisseaux chylifères, consécutive à cette élongation.

Dans certaines « hernies graisseuses » persiste un pédicule épiploïque qui continue à entraver les mouvements stomacaux. Ces petites tumeurs passent généralement inaperçues du médecin qui, du reste, ne leur accorde aucune importance. Et cependant les hernies graisseuses ont exactement les mêmes enveloppes, et offrent les mêmes rapports que les véritables hernies. Dans la plupart des cas, une dissection minutieuse montre une cavité centrale close, donnant naissance à un pédicule plus ou moins long. Ce sont les stigmates d'un travail de régression de sacs herniaires qui, autrefois, avaient été de véritables hernies. Cette filiation rappelle l'observation si ingénieusement racontée par A. Paré qui avait vu, pour ainsi dire sous ses yeux, guérir la hernie qu'il a trouvée après la mort remplacée par une tumeur graisseuse.

Les « déviations de l'utérus », principalement la *rétroflexion* et la *rétroversion*, provoquent parfois des tiraillements de l'estomac, une pseudo-faim, ainsi que des défaillances. Ces perturbations fonctionnelles ne sont que la résultante d'adhérences épiploïques, utéro-péritonéales, lesquelles déterminent une entrave qui paralyse plus ou moins la contractilité gastrique. Souvent, en effet, des prolapsus complets s'observent sans que la digestion soit aucunement troublée, dès lors que l'utérus est libre de toute adhérence péritonéale.

Les « déplacements d'anses intestinales », si bien étudiés par M. Glénard, donnent lieu à des désordres digestifs, lorsque l'épiploon, restant accolé à l'intestin déplacé, paralyse les mouvements stomacaux. Également dans les « décrochements du foie » l'épiploon gastro-hépatique étant tiraillé, il s'ensuit des troubles gastriques, d'une intensité proportionnelle à l'étendue du déplacement organique.

Le « rein mobile » ne trouble la digestion qu'autant qu'il pénètre dans la zone des épiploons et devient le point de départ d'un tiraillement de l'estomac. Placé en arrière du péritoine, l'un des organes rénaux peut être déplacé du fait d'une hernie préexistante. La séreuse péritonéale qui tapisse sa face antérieure étant incessamment tiraillée en avant, le rein se trouve ébranlé dans sa fixité, peu à peu entraîné dans la cavité abdominale, et finalement mobilisé.

De légères « déviations du rachis », ayant pour siège une ou deux vertèbres dorsales, déterminent parfois un état dyspeptique des plus pénibles. Pendant toute la durée de la digestion, la base du thorax est comme enserrée dans un étau, et l'espace interscapulaire est tout endolori. Ces troubles digestifs sont dus à la compression des nerfs rachidiens correspondants, les échancrures vertébrales, constitutives des trous de conjugaison, ne se rencontrant plus exactement,

Ces causes anatomiques multiples, ajoutées à l'extrême fréquence des petites exomphales, déterminent de nombreux états dyspeptiques, dépendant non seulement de brides herniaires épiploïques, mais aussi de tiraillements qui se produisent dans les différents replis de l'épiploon, à la suite du déplacement accidentel de certains viscères abdominaux, ou encore de troubles d'innervation dans les plexus gastriques.

NEURASTHÉNIE ET DYSPEPSIE HERNIEUSE.

Pendant la période pénible de la digestion, les « entravés de l'estomac » éprouvent une lassitude non motivée. Ils se sentent la tête vide et les jambes cassées ; ils ne se trouvent bien que couchés. La circulation générale est plus ou moins troublée ; des palpitations surgissent sans lésion cardiaque, le pouls est intermittent, et parfois apparaît une pseudo-angine de poitrine. La mémoire fait défaut, et l'association des idées reste en détresse. A la longue, le caractère de ces « mal digérant » se modifie : impatients, irritables, un rien les blesse. Broyer du noir passe à l'état d'habitude ; ils se créent des illusions, et se croient atteints d'une tumeur, d'un cancer, quand ce n'est pas du ver solitaire. Leur vie devient un réel martyre, l'être humain n'étant jamais plus malheureux que lorsqu'il est livré aux tortures de sa propre pensée.

Des congestions cérébrales plus ou moins marquées, se répétant après chaque repas, aux idées hypocondriaques viennent s'ajouter de véritables hallucinations. L'état congestif, se renouvelant quotidiennement, provoque finalement une déséquilibration des fonctions psychiques du fait de cette claudition du cerveau. Les folies sympathiques, de cause viscérale, sont plus fréquentes que ne le soupçonnent les médecins aliénistes.

S'il y a tant d'individus qui se neurasthénisent, c'est que la plupart d'entre eux sont des dyspeptiques herniaux. L'examen chimique de l'urine réflétant exactement la composition du sang, MM. Vigouroux, Gautrelet et Levillain ont constaté que le plus grand nombre des neurasthéniques sont des arthritiques. Or, les « entravés de l'estomac » ayant toujours une digestion incomplète deviennent arthritiques, à un moment donné.

D'autre part, les impressions de souffrance du ventricule sont transmises aux centres nerveux par la voie centripète des nerfs vagues. Le réflexe gastrique, surmené par un tiraillement épiploïque, chaque jour répété, finit par se détraquer. C'est le point de départ certain d'un grand nombre d'états d'hypocondrie et de lypémanie qui, en dehors de toute hérédité, sont considérés comme étant des maladies essentielles, sans lésions apparentes. Dès 66, un de nos anciens maîtres, B. A. Morel, décrivait sous le nom d'*émotivité* les syndromes principaux de la neurasthénie. Ce dernier faisait remonter ces perturbations neuro-psychiques à des troubles d'innervation du grand sympathique ; il était dans le vrai.

ALTÉRATIONS DE NUTRITION CONSÉCUTIVES A LA DYSPEPSIE HERNIEUSE.

Les « entravés de l'estomac » sont des *ralentis de la*

nutrition, dans toute l'acception clinique de la formule du professeur Bouchard. Toutefois la nutrition n'est atteinte profondément, par suite d'un état dyspeptique hernieux, qu'autant que celui-ci se prolonge, et passe à l'état de gastrite chronique, ou offre une gravité exceptionnelle.

Anémie. — Chez un grand nombre de dyspeptiques hernieux, il s'établit un état d'anémie relative, avec un léger amaigrissement, sans aspect cachectique. La peau ainsi que les muqueuses sont plus ou moins décolorées. Les chairs sont molles et flasques. Le corps incliné en avant, la tête fléchie, donnent des airs de lis penchés à ces malades qui, en majorité, sont des jeunes filles, ou des jeunes femme. Le regard devient languissant, la physionomie sans expression; les traits sont tirés et les yeux cernés. C'est principalement chez ces dyspeptiques, devenues très nerveuses, que s'observe la gastralgie aiguë. La hernie qui la suscite est presque toujours une épiplocèle de petite dimension, implantée à gauche de la gouttière ombilicale, et convolutée à la façon d'un petit coquillage.

Chlorose. — La dyspepsie hernieuse engendre parfois la chlorose ; également des troubles digestifs peuvent naître directement de cette dernière affection, lorsqu'elle évolue sous une influence héréditaire, et sans qu'il existe la moindre bride herniaire. Toutefois, ces troubles n'ont pas le même caractère, et se rapprochent de ceux qui existent pendant les premiers mois de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

Blennorrhagie chez la femme, par le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. — Rueff, éditeur, Paris, 1894.

Les deux volumes de la collection Charcot-Debowe, des « petits habits noirs » comme les appelle notre collaborateur et très ami Verchère, viennent de paraître après une longue attente. En effet, si je regarde la date à laquelle a été écrite l'introduction je vois « mars 1892 » et nous sommes en janvier 1894.

Plus de dix-huit mois se sont écoulés entre la première et la seconde date et pendant ce temps la science a marché, les travaux se sont multipliés, les auteurs ont changé d'opinion, les traitements qui ne guérissaient pas alors guérissent actuellement ou inversement. Telle est la première réflexion que je me suis faite en ouvrant le livre *nouveau*, et me demandant comment il était possible d'éviter cet écueil par ce temps de production à outrance ; je me répondis qu'il devenait difficile d'écrire un ouvrage de longue haleine en huit jours ou même davantage et par suite de le terminer avant que tel auteur qui soutenait blanc ne se soit déterminé à défendre noir, tel autre n'ait admis et fait admettre une théorie qui jusqu'à lui était complètement et par tous repoussée.

S'il est un sujet qui a marché à pas de géant depuis quelques mois c'est sans contredit la blennorrhagie qui autrefois comprenait toute humidité uréthrale et qui maintenant n'est plus que l'écoulement à gonocoques ; qui autrefois n'était pour ainsi dire nullement connue et reconnue chez la femme, qui maintenant est regardée comme pouvant envahir tout l'appareil génito-urinaire.

Aussi Verchère a-t-il pensé à ne pas quitter le domaine qui lui est plus particulièrement connu, et à rester sur un sol plus ferme et plus stable, s'est-il contenté de donner quelques rapides indications, quelques indispensables conseils au sujet de la bactériologie blennorrhagique, laissant de parti pris aux travailleurs du laboratoire toute cette partie de la question, pour envisager, mais alors avec d'amples détails et guidé par la grande expérience qu'il a acquise à Saint-Lazare, le côté clinique, le côté pratique, objectif et thérapeutique de cette importante question.

Dans une introduction véhémente et convaincue, Verchère pousse le cri d'alarme et appelle contre la blennorrhagie les mesures les plus sévères et les plus urgentes. Il nous montre les dangers qu'elle fait courir à la femme, à la société tout entière. C'est elle qui entraîne le plus de castrations chirurgicales, c'est elle qui cause la stérilité si fréquente dans les ménages que leur apparence semble prédestiner à être les plus féconds. Ces vérités qui avaient déjà été reconnues en Amérique, à l'étranger, ne paraissaient pas encore avoir été acceptées en France. C'est donc avec raison que Verchère a mis toute son énergie à les proclamer et à les défendre.

On en est convaincu si on lit jusqu'au bout les deux volumes de l'auteur et on frémit devant l'énumération des multiples localisations, des effrayantes complications de la blennorrhagie féminine.

La blennorrhagie chez la femme se guérit difficilement, mais surtout reste inaperçue à ses débuts et de la malade elle-même et de celui qui la lui a communiquée. De sorte qu'aucune raison n'amène la patiente devant le chirurgien et que la localisation, bénigne d'abord, peut se propager, s'étendre, s'aggraver en toute tranquillité et ce n'est que lorsqu'il est trop tard, que lorsque des lésions profondes se sont montrées, que l'on vient trouver le chirurgien, lequel n'a souvent plus que des moyens chirurgicaux et radicaux à proposer pour *extirper* et l'organe malade et le mal lui-même.

Le tableau de ces misères féminines est tracé par l'auteur avec toute l'ardeur d'un convaincu, on sent qu'il a vu toutes les douleurs qu'il nous dépeint, qu'il a souffert souvent de ne pouvoir guérir de jeunes malades auxquelles la chirurgie seule pouvait, au prix de cruels sacrifices, apporter quelques soulagements. On sent qu'il voudrait voir l'attention attirée du côté de cette terrible affection que la prophylaxie devrait à tout jamais faire disparaître. C'est dans le mariage que la femme contracte souvent la blennorrhagie, c'est à leurs

maris mal guéris de la goutte militaire qu'elles doivent leurs salpingites.

Que nos confrères préviennent donc leurs malades qu'ils ne *peuvent* se marier qu'après être guéris et que *l'indifférence et le mépris* cessent d'être la panacée des chaudepisses masculines chroniques.

Tel est l'enseignement qui termine les deux volumes de notre ami Verchère. J'ai cru pouvoir lui faire quelques critiques, mais j'espère qu'il me les pardonnera et je suis tranquille, à la première occasion il ne m'épargnera pas. HERC. FEVRE.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de rhinosclérome, par J. T. JACKSON. (*Journal of cutaneous and g. u. diseases.* New-York, octobre 1893.) — Ce cas est le quatrième qui ait été présenté à la Société dermatologique américaine. M... âgée de 54 ans née en Hongrie, veuve, vit la lésion débuter il y a quinze ans, par un épaississement léger de la lèvre supérieure au-dessous et à gauche de la cloison du nez. Depuis ce temps, elle s'est accrue lentement et sans douleur ; toutefois dans les quatre dernières années, elle se développa beaucoup plus rapidement que pendant les douze années précédentes.

Actuellement la lésion apparaît comme une masse, dure, surélevée, bien limitée, d'une couleur de vieil ivoire, commençant un peu à droite de la ligne médiane et occupant toute la partie gauche de la lèvre supérieure ; elle remonte un peu sur le côté gauche de la cloison nasale. La surface en est lobulée et montre une quantité de vaisseaux sanguins dilatés et de points blancs qui représentent des follicules dilatés. La peau ne peut être soulevée, comme elle est adhérente à la tumeur. La lèvre ne peut être retournée à cause de sa dureté presque cartilagineuse. La malade n'accuse aucune douleur et désire être guérie parce qu'elle est gênée en mangeant et en parlant, et parce qu'elle est défigurée. Il n'y a jamais eu de syphilis. La tumeur ne paraît pas avoir de tendance à s'ulcérer.

L'examen a été fait par le Dr Lustgarten au point de vue de la recherche des bacilles de Frisch, mais cet examen a été négatif à cause de l'exiguité du fragment biopsié. Malgré cela, le diagnostic n'est pas douteux ; cette lésion diffère d'une syphilide par la lenteur de son accroissement, sa dureté, sa couleur et sa forme. Un épithélioma ou un sarcome ne se développerait pas pendant seize ans, sans s'ulcérer, ni sans déterminer de la douleur.

Cette maladie est très rare et la plupart des cas ont été observés en Autriche et dans le sud de la Russie. Crocker a cité des cas vus en Angleterre, Italie, Amérique centrale, au Brésil, en Egypte et aux Indes.

Le rhinosclérome a été décrit pour la première fois par Hebra et Kaposi ; il s'attaque de préférence à la muqueuse du nez et du pharynx, même du larynx où il peut causer un obstacle sérieux à la respiration. Il ne montre aucune tendance à disparaître spontanément, au contraire, il récidive fatalement après l'extirpation. En dehors de ces éventualités, il n'a aucune influence fâcheuse sur l'état général.

Il est probable que cette maladie est produite par un bacille, décrit pour la première fois par Frisch ; ce bacille est court, épais, ovoïde, capsulé, se colore seulement à chacune de ses deux extrémités. Il est seul ou réuni à d'autres et ressemble au pneumocoque de Friedlander. — On n'a pas encore trouvé de traitement efficace du rhinosclérome. Ce qui a le mieux réussi a été l'injection quotidienne, dans la tumeur, d'une solution d'acide salicylique à 1 p. 100 ou d'une solution de salicylate de soude à 2 p. 100 ; l'acide salicylique a été administré concurremment 4 fois par jour à la dose de 10 grains. Dr BARBE.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 9 janvier 1894. — Présidence de M. J. ROCHARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le professeur Vaillard, du Val-de-Grâce, candidat dans la section d'anatomie pathologique ; 2° une lettre de candidature de M. le Dr de Wecker dans la classe des associés libres ; 3° un travail manuscrit sur les anomalies de l'entrecroisement du faisceau pyramidal, par le Dr H. Bidon (de Marseille) ; 4° une lettre de candidature au titre de correspondant, de M. le Dr Viard, de l'Isle sur le Serein (Yonne) ; 5° un travail manuscrit sur l'intervention opératoire dans l'anurie calculeuse, par le professeur A. Demons et le professeur agrégé Pousson (de Bordeaux) ; 6° une observation d'un cas de kyste congénital suppuré du cou chez un enfant de 4 mois, par le Dr M. Crivelli, de Melbourne.

Décès. — M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Quinquaud, décédé ce matin et de M. Diday (de Lyon), associé national.

Névralgie du trijumeau et lésions méningo-cérébrales. — M. VOISIN lit l'observation d'une malade entrée dans son service pour une mélancolie consécutive à une névralgie du trijumeau. Cette femme mourut d'un cancer utérin.

Ce fait montre la relation qui peut exister entre une lésion méningo-cérébrale et une névralgie faciale qui suivait les filets nerveux émanés du ganglion de Gasser et se prolongeait le long des ramifications de l'artère méningée moyenne. Dans ce cas, la lésion cérébrale était limitée à une partie des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes droites, qui étaient comprimées par une sorte de poche formée par du liquide céphalo-rachidien et le point douloureux que la malade indiquait correspondait assez nettement au siège de la lésion pour qu'une craniotomie eût pu être employée avec chances de succès pour décomprimer le cerveau.

Les détails anatomo-pathologiques paraissent être de nature à encourager une intervention chirurgicale dans des cas analogues assez graves pour avoir déterminé la folie. La lésion avait déprimé des circonvolutions dites psycho-motrices sans qu'il fût survenu de convulsion, ni de paralysie.

Le microbe du tétanos, la bactéridie du charbon. — M. J. Gaube (du Gers). Il résulte de mes expériences que les microbes du tétanos et du charbon façonnent du protoplasma vivant au sein de la matière organique des bouillons de culture, à l'aide de la matière minérale, sans emprunter l'azote à la matière protéique ; ces deux microbes, comme les microbes nitrificateurs, prennent l'azote au milieu gazeux ambiant, air et gaz d'éclairage. La quantité de matière minérale utilisée paraît en rapport de la somme d'azote emmagasinée (0,8376 de bases minérales pour 0,281 d'azote et 0,45936 de bases minérales pour 0,1356 d'azote).

Pustule maligne. — M. A. Proust communique un cas de pustule maligne transmise par des peaux de chèvres venant de Chine, M. Mégnin constata, au milieu de ces peaux, la présence d'un certain nombre de *dermestes vulpinus* vivants. On trouva dans leurs coques et leurs excréments une quantité considérable des bactéridies charbonneuses.

Pathogénie du glaucome. — M. Galezowski a trouvé, dans tous les cas de glaucome qu'il a observés, des altérations des voies lymphatiques de l'œil, en particulier du canal de Schlemm. Le glaucome simple lui-même est causé par une oblitération du canal de Schlemm et des voies lymphatiques sous-scléroticales ; le nerf optique, ne recevant plus de liquide nutritif, s'excave et s'atrophie. Il en est de même dans toutes les formes du glaucome, glaucome simple, glaucome aigu, glaucome chronique, glaucome hémorrhagique. La différence entre ces formes de glaucome tient uniquement au degré des altérations.

Dans certaines variétés d'excavation glaucomateuse du nerf optique, l'excavation est si peu prononcée que l'on diagnostique souvent une atrophie progressive de la papille d'origine médullaire.

Comme conséquence, la première indication du traitement est de déboucher les voies lymphatiques par la sclérotomie.

De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne. — M. Quénu. Je ne sais quel avenir est réservé à la névrectomie dans le traitement des névralgies de la face. Pendant que la médecine opératoire perfectionne ses procédés au point de rendre possibles les résections intra-craniennes, la fréquence des récidives amène le découragement dans les rangs d'autres chirurgiens qui, à l'exemple d'Esmarch et de Gussenbauer, préfèrent avouer leur impuissance et réagir contre ce qu'ils nomment les excès des interventionnistes.

Je doute qu'à l'heure actuelle nous ayons en mains les documents suffisants pour nous permettre de porter sûr les sections nerveuses un jugement définitif. La plupart des observations ont trait à des opérations extra craniennes ; il est donc possible que certaines récidives soient attribuables à l'insuffisance de la résection, à une régénération trop prompte, au siège trop périphérique de l'opération.

Quoi qu'il en soit, il règne actuellement une tendance évidente à se rapprocher le plus possible de l'origine apparente du trijumeau, à tout au moins s'attaquer au trajet intra-cranien de ses trois branches. Les résultats seront-ils plus durables ? C'est à l'avenir de nous l'apprendre, mais comme, dans bon nombre de cas, l'intervention, même à titre de guérison provisoire, demeure l'ultime ressource thérapeutique, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'appeler l'attention sur tout perfectionnement opératoire qui peut rendre la recherche du nerf trifacial plus facile, plus prompte et moins dangereuse.

Je ne me suis occupé que de la troisième branche du trijumeau, c'est-à-dire du maxillaire inférieur. J'avais à soigner un pauvre homme opéré déjà par moi, en février 1891, par le procédé extra-cranien de Horsley, pour un tic douloureux de la face. Le succès de la première opération avait été complet et immédiat, mais il ne se maintint que quatorze mois : or, notre seconde opération nous démontra que la résection première n'avait pas été totale, que plusieurs branches de ce nerf, qui s'épanouit au sortir du trou ovale, nous avaient échappé.

Il n'est donc pas douteux qu'au procédé long, laborieux et incertain d'Horsley, il faut préférer les opérations qui permettent de sectionner le nerf maxillaire avant son entrée dans le trou ovale. Pour y réussir, les chirurgiens ont suivi deux voies complètement différentes. Les uns, avec ou sans le respect de la dure-mère, ont pénétré dans la boîte cranienne par une trépanation temporale ; les autres ont abordé le trou ovale par la base du crâne, à travers la profonde et étroite région zygomatique. Horsley et Krause représentent les premiers ; les seconds n'ont fait que modifier la méthode mère de Pancoast ; tels sont Salzer, Krou lein et Rose.

Pendant que Krause, ayant trépané le temporal, décolle la dure-mère et gagne le trou ovale en suivant la face interne du crâne, Rose longe — je parle de son procédé extra-cranien — sa face externe qu'il dénude, découvre les nerfs dentaire et lingual, qui lui servent de guides et le mènent jusqu'au trou ovale. Il agrandit ensuite ce dernier à l'aide d'une tréphine, de manière à en faire une voie de pénétration.

Ces deux méthodes opératoires donnent peu de jour ; l'espace est fourni dans la première par le décollement de la dure-mère et le refoulement du cerveau, dans la seconde par l'écartement du masséter et du ptérygoïdien externe.

Notre procédé opératoire repose tout entier sur l'idée d'additionner ces deux espaces et d'y ajouter l'épaisseur du crâne en réséquant la grande aile du sphénoïde jusqu'au trou ovale qui devient notre unique objectif.

Notre plan opératoire a été préalablement établi sur le cadavre, avec l'aide de notre ami et collègue Sébileau. L'exécution a été aussi prompte sur le vivant ; il ne nous a pas fallu plus de cinq minutes pour charger le nerf à partir du moment où la couronne de trépan est appliquée sur la fosse temporale.

Dans un premier temps nous dénudons la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela, une incision courbe, à convexité supérieure, profonde jusqu'à l'os, part derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutit au devant du conduit auditif. L'hémostase faite, l'arcade zygomatique est sciée ou coupée au ciseau à ses deux extrémités, et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

Dans un second temps nous ouvrons le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée au-dessus de la crête susindiquée, puis nous agrandissons l'orifice ver le bas en nous servant de la pince-gouge de Lannelongue. Pour cela, nous décollons au fur et à mesure la dure-mère avec le

doigt tandis que, parallèlement, du côté externe, nous dénudons la voûte de la fosse zygomatique avec la rugine. Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir; le doigt est ici un meilleur guide que l'œil. Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ d'un centimètre au-delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux, nous recherchons le trou ovale. Dans ce but, nous utilisons un petit crochet que nous avons fait fabriquer et qui n'est qu'une aiguille de Cooper raccourcie. L'index gauche, étant enfoncé transversalement, s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde. Le trou ovale se trouve juste sur cette ligne ainsi que le trou petit rond. L'aiguille, introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale. Nous nous sommes assuré que l'existence d'une lamelle osseuse réunissant parfois ces deux points de repère n'apporte pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet. D'autre part les dimensions de son extrémité mousse l'empêchent de s'égarer dans le trou sphéno-épineux. Le guide mis en place, la pince-gouge se dirige à coup sûr vers le trou ovale, et bientôt la disparition de la dernière lamelle libère le crochet et met à nu le tronc nerveux.

Dans un troisième temps, un large écarteur refoulant les muscles ptérygoïdien externe et temporal, on charge le nerf, et on le résèque. On pourrait, au besoin, poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser, ou, tout au moins, jusqu'à l'émergence de ses trois troncs.

Il plaît généralement au chirurgien de voir et de tenir en main le nerf qu'il résèque. En cas de difficultés imprévues, tenant à une hémostase difficile ou à toute autre cause, on peut être sûr d'avoir détruit le nerf en totalité, du moment qu'une petite curette gratte partout le contour osseux du trou ovale et donne la certitude qu'il est vidé de son contenu.

Tous ces temps s'exécutent sans perte de sang. Chez notre opéré l'hémostase la plus longue a été celle du muscle temporal. La plaie zygomatique n'a donné que du sang veineux dont la compression a eu facilement raison. La méningée moyenne a été entièrement respectée. L'opération a duré une heure et quart, mais elle pourrait être considérablement abrégée. Ses suites ont été des plus simples; le soulagement a été immédiat, la disparition des spasmes douloureux absolue.

Nous n'avons établi notre conduite chirurgicale que d'après nos observations cadavériques, mais en parcourant la littérature médicale nous avons constaté — et c'était fatal — que nous avions fait des emprunts dans l'exécution des détails opératoires : tels la section de l'arcade zygomatique de Rose, la trépanation temporale de Krause, la section du pont osseux intermédiaire au trou ovale et à la couronne de trépan d'Andrews, de Chicago, l'utilisation de la pince gouge, etc. Mais Rose ne pénètre dans le crâne que par le trou ovale préalablement agrandi; Krause ne résèque pas l'aile du sphénoïde; Andrews n'appliqua sa couronne de trépan que vu l'impossibilité où il était de découvrir les nerfs dentaires qu'il cherchait, et il l'applique non sur la fosse temporale, mais un peu en dehors du trou ovale. Doyen réunit comme nous la trépanation temporale à la résection du sphénoïde, mais son premier objectif fut, non pas le trou ovale, mais le nerf dentaire inférieur: il chercha ce nerf avant même d'ouvrir le crâne et, comme dans le procédé de Rose, il le suivit pour arriver au trou ovale. Il ne trépana consécutivement la fosse temporale que pour se donner du large dans l'agrandissement du trou osseux qui devait le mener au ganglion de Gasser. Il est bien évident que dans ces opérations complexes, ce n'est pas l'accomplissement d'un détail opératoire qui caractérise l'originalité d'un procédé, mais la méthode qui règle la succession des temps et précise le plan général d'action.

Hygiène de l'enfance. — M. Charpentier fait un rapport sur un vœu de M. Guyot (de Calais), et propose à l'Académie de l'adopter. Voici ce vœu :

L'Académie, considérant :

1° Qu'il existe en France un très grand nombre d'établissements dits garderies où sont soignés pendant la journée des enfants de moins de 6 ans;

2° Que sauf dans quelques villes, ces garderies ne sont soumises à aucune surveillance, et que là où il y a des règlements ceux-ci sont insuffisants;

3° Que cette situation crée un danger permanent pour les enfants admis dans ces établissements;

Appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réglementer les garderies d'enfants, en établissant d'une manière précise les conditions et garanties à exiger pour en assurer le bon fonctionnement.

M. Charpentier lit un second rapport sur le travail lu récemment à l'Académie par M. le Dr Ledé. (Voir *France Médicale*, 1893, n° 42, p. 662.) Les chiffres fournis par M. Ledé montrent que la mortalité est plus considérable chez les enfants illégitimes que chez les enfants légitimes et que, d'autre part, elle est plus considérable chez les enfants élevés au biberon que chez les enfants nourris au sein; mais M. Ledé a surtout montré la mortalité excessive qui sévit dans les premiers jours qui suivent la naissance par le fait du transport des enfants. La mortalité, dans les quatre premiers jours, est aussi considérable que dans les vingt-six jours qui suivent.

M. Ledé s'est demandé ce que devenaient les enfants des nourrices qui se placent comme nourrices mercenaires. Le chiffre de leur mortalité est considérable. L'influence des voyages prématurés est, chez eux, des plus fâcheuses.

En tout temps, d'ailleurs, les nourrices voyagent dans les conditions les plus fâcheuses pour les enfants.

Le rapporteur félicite M. Ledé, mais croit que ses vœux sont inapplicables pour le moment.

A 4 h. 45 la séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance supplémentaire du 16 *novembre* 1893.—*Présidence de* M. Besnier.

Varices lymphatiques de la muqueuse labiale, consécutives à des érysipèles à répétition. — MM. Tenneson et J. Darier présentent une jeune fille de 19 ans qui depuis l'âge de 7 ans a eu une série d'érysipèles de la face, en moyenne trois ou quatre par an, le dernier datant de mars 1892. A la suite de ces érysipèles qui ne provoquent pas de grande réaction fébrile, la malade a vu se développer, et cela surtout depuis la dernière atteinte, un œdème lymphatique permanent de la joue droite avec gonflement de la paupière inférieure, c'est-à-dire un véritable éléphantiasis. Il y a un œdème chronique à peine marqué de la joue gauche.

En outre depuis le dernier érysipèle ont apparu, sur la muqueuse des deux lèvres et sur la partie avoisinante des joues, un grand nombre de vésicules transparentes enchâssées dans la muqueuse, de la grosseur d'une tête d'épingle, sans rougeur autour et non douloureuses. Quelques-unes de ces vésicules crèvent spontanément, et il s'en forme incessamment de nouvelles. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire perceptible au cou, mais, dans la région sous-maxillaire, on note la présence de plusieurs cicatrices consécutives à des abcès.

L'incision et l'examen histologique de quelques-unes de ces pseudo-vésicules a démontré qu'il s'agit de *varices lymphatiques* développées au dépens soit des lymphatiques papillaires, soit des sinus sous-papillaires. Les cavités contiennent de la lymphe, et sont limitées par un endothélium continu sans autre paroi propre ; on ne trouve pas de streptocoques dans les tissus.

En piquant avec une lancette une de ces ampoules lymphatiques, on en peut tirer non seulement une goutte de lymphe, mais toute une série de gouttes. On pourrait recueillir de cette façon peut-être 1 centimètre cube de liquide. Il est vraisemblable que l'œdème chronique et les varices lymphatiques sont d'origine mécanique et imputables, soit à un nœud de lymphangite oblitérante, soit à une sclérose des ganglions consécutive à l'érysipèle récidivant.

Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage. — M. Hallopeau. Dans la nomenclature usitée en dermatologie, on place sur le même rang des maladies, c'est-à-dire des états morbides de cause unique et propre et des affections, c'est-à-dire des états morbides caractérisés seulement par leurs processus et leurs manifestations symptomatiques abstraction faite de leur cause ; de là résulte une regrettable confusion. Les causes des maladies peuvent constituer des espèces immuables ; il en est ainsi pour toutes les infections ; on chercherait en vain des faits de passage entre la syphilis, la morve, la lèpre, la tuberculose et les différentes espèces de teignes. D'autres causes morbifiques semblent, au contraire, susceptibles de varier d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même sujet : il en est ainsi des *auto-toxines*, composés chimiques instables ; si, comme on est en droit de supposer, leur action pathogénique est la cause prochaine des dermatoses qui portent les noms de pemphigus, de dermatite herpétiforme, érythème polymorphe, urticaires chroniques et prurigos chroniques, on conçoit qu'il puisse y avoir des faits de passage, selon l'expression de M. Brocq, entre ces différents types cliniques des hybrides : il appartiendra à la chimie biologique de donner des indications précises sur ces composés.

Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenu sous l'influence d'un vésicatoire permanent. — M. H. Hallopeau. Cette éruption, d'abord circonscrite à la périphérie de l'exutoire, s'est étendue de proche en proche tout en restant limitée à la même région ; elle a procédé depuis quatre mois par poussées successives se renouvelant incessamment ; elle est liée vraisemblablement à un trouble dans l'innervation trophique provoquée par l'altération des filets nerveux englobés dans la cicatrice.

Sur un lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire. — M. Hallopeau. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° le lichen de Wilson peut se traduire par la production de papules miliaires acuminées très analogues à celles du pityriasis rubra pilaire ; 2° elles semblent subordonnées à celui de ces éléments ; 3° elles ne présentent pas les localisations céphalique, phalangienne et palmaires qui caractérisent essentiellement le pityriasis rubra pilaire ; 4° leur coïncidence avec les papules de Wilson explique comment Kaposi considère comme appartenant à un même type le lichen plan et le lichen acuminé ; elles ne justifient pas la négation du pityriasis rubra pilaire comme type morbide distinct ; l'aspect des éléments éruptifs n'a qu'une importance secondaire ; ce qui distingue nettement les deux maladies, c'est la différence de leurs localisations.

Lupus et grossesse. — MM. Bar et Thibierge présentent une femme atteinte de lupus de la face ; au cours de 13 grossesses, l'affection a constamment récidivé pour disparaître au moment du retour des règles. Dans 20 autres cas, ils ont pu constater que l'influence de la grossesse sur le lupus est des plus variables. Tantôt le lupus reste stationnaire pendant la grossesse et persiste encore sans modifications après l'accouchement ou subit alors une aggravation plus ou moins accentuée. Tantôt, dès le début de la grossesse, les lésions existantes s'aggravent ou des lésions semblant éteintes depuis longtemps reparaissent, la lésion revient à son état antérieur. Parfois encore, pendant toute la durée de la gestation, le lupus s'amende plus ou moins nettement pour reprendre une nouvelle activité quelques semaines après la fin de la grossesse.

Mycosis fongoïde. — M. Quinquaud présente un premier malade qui porte sur le côté de la cuisse une grande plaque mycosique ulcérée au centre ; c'est par la partie supérieure de la plaque que la lésion progresse lentement.

Cette maladie a débuté il y a quinze ans, par une plaque d'eczéma qui a évolué pendant six ans. Il y a un ganglion engorgé dans l'aine correspondante, en rapport avec l'ulcération.

Le second malade offre une plaque analogue à une plaque d'eczéma nummulaire qui existe depuis des années ; plus tard il s'en est formé d'autres sur l'épaule et le mamelon gauche. Ici les lésions sont en voie de régression, il y a un état scléreux au centre de la plaque principale.

En général, dans le mycosis les lésions ne disparaissent pas complètement et, si elles disparaissent, la guérison n'est qu'apparente.

Chez ces deux malades on a pratiqué l'exploration nutritive qui a montré une azoturie transitoire ; les malades mangent peu et pourtant il rendent 50 grammes d'urée. Il y a un peu d'hyperglycémie et la leucocytogénie est diminuée.

La biopsie a montré qu'il y avait intégrité des parois vasculaires mais qu'il y avait des amas de cellules nouvelles ; quant au tissu adénoïde, le réticulum de celui-ci n'était pas net.

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées de la solution de Fowler sodique fraîche :

Acide arsénieux.....	1	grammes.
Cabonate de soude cristallisé....	2	—
Eau distillée.....	100	—

2 ou 3 centigrammes par injection.

Dans le deuxième cas les lésions ont rétrogradé ; mais il est difficile de savoir si cette évolution s'est faite spontanément ou sous l'influence du traitement.

Névrodermite. — M. Wickham présente un malade névro-

pathe et alcoolique qui est atteint d'urticaire chronique, un deuxième malade qui est un fait de passage entre le prurigo ferox et l'urticaire chronique, un troisième qui est atteint de névrodermite diffuse.

M. Gastou présente un chancre énorme de l'abdomen survenu chez un vieillard par contamination à l'aide de draps d'hôtel ; chez lui existe aussi une néphrite précoce secondaire.

M. Jacquet présente une femme atteint de roséole d'origine inconnue.

M. Fournier a observé un cas de chancre syphilitique de l'aisselle caractérisé par une macule située au sommet de cette région, macule parcheminée, qui s'est accompagnée de 3 ganglions, de roséole, de papules, de plaques muqueuses.

M. Fournier présente au nom de MM. Trousseau et Terson un syphilitique atteint de papules de la conjonctive.

M. Feulard présente une jeune fille guérie d'une pelade vitiligineuse soignée par le traitement à l'acide acétique et les frictions excitantes. Le vitiligo ne s'est pas modifié par l'hydrothérapie.

M. Galezowski fait une communication sur les chancres oculaires.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 8 novembre 1893. — Présidence de M. Yvon

M. Le Coin, secrétaire général, informe la société qu'il a déposé à la monnaie les coins et matrices des médailles qui doivent être décernées au banquet du 11 et qui ont été votées dans la dernière séance. Lecture est donnée de la lettre du président du syndicat des médecins de la Seine, M. le Dr Le Baron, dans laquelle il remercie la société des médecins des Bureaux de bienfaisance du vote émis dans la dernière séance relativement aux démarches faites par le syndicat auprès de M. Monod. M. Le Coin annonce à la société le décès de M. Moreau Wolf, membre associé national ; il informe en outre la société que M. Machelard, fondateur de notre société, demande à perpétuer sa cotisation en versant au trésorier une certaine somme. Des remerciements seront adressés à M. Machelard. Des lettres de candidature ont été envoyées par nos confrères les Drs Meunier, Piole, Gerson et Willy. Des commissions sont nommées pour présenter les rapports d'usage sur ces candidatures. Après lecture des rapports de MM. Rotillon et Kinzelbach, les Drs Pierrin et Schrœder sont nommés membres de la Société à l'unanimité des votants.

Rapport de la Commission de publication. — M. Billon. Limprimeur ayant besoin de ses caractères demande à publier dès maintenant les comptes rendus de nos séances pour en faire un livre, une brochure dont nous disposerons à notre gré. J'ai accepté cette proposition et ai commandé 250 exemplaires.

Après observations de MM. Le Coin et Rotillon constatant qu'il y a 220 médecins des Bureaux de bienfaisance à Paris et qu'on pourrait envoyer cet ouvrage à plusieurs autres personnalités, la société décide que 300 exemplaires seront demandés.

Visite à M. Monod et à M. le Directeur de l'assistance publique pour leur présenter la liste des désitérata des médecins des Bureaux de Bienfaisance votée par l'assemblée plénière et par la société. — M. Billon. Ainsi qu'il avait été convenu dans l'assemblé plénière et à notre dernière séance nous avons été trouver M. Monod qui a reçu la liste de nos désidérata. Nous lui avons dit que ces vœux n'était pas nouveaux et avaient été depuis longtemps présentés par la Société médicale des Bureaux de bienfaisance. M. Monod nous a demandé plusieurs exemplaires de cette liste de nos désidérata. Nous avons été ensuite chez M. le Directeur de l'assistance publique qui nous a reçus, assisté de M. Baudouin. M. Peyron a pris connaissance de nos vœux et nous a donné son avis sur chacun d'eux.

Sur le premier vœu M. Peyron partage notre avis et le fera aboutir quand il pourra. Au point de vue de l'indemnité à accorder aux médecins du service à domicile, il était d'avis d'adopter le paiement à la visite, mais il veut bien nous céder sur ce point et adopter en principe l'indemnité annuelle. Pour ce qui regarde les changements d'arrondissement il ne veut rien entendre. Il y a, dit-il, des arrondissements où l'on aime à être, ceux du centre par exemple ; pour ceux-là le concours s'impose. M. le Directeur de l'Assistance publique, pour des raisons diverses, veut également maintenir la possibilité de la non réinstitution au bout de trois ans. La révocation n'est pas la même chose et l'Administration nous affirme qu'il n'y a pas eu une seule révocation non justifiée.

M. Gibert. Dans révocation il y a blâme. Un non réinstitué peut reconcourir.

M. Billon. M. Peyron reconnaît encore notre droit de pouvoir envoyer certains malades à l'hôpital. Au sujet des médicaments et de la liste qui nous est imposée, il dit que cette liste peut être remaniée mais que nous devons toujours donner le moins de médicament possible.

M. Gourichon. M. Peyron n'est pas éloigné non plus de demander l'augmentation de notre indemnité dans les arrondissements excentriques et reconnaît que, dans ces quartiers, nous ne sommes pas rétribués suivant la valeur de nos services.

Rapport de la commission de la réforme du concours. — M. Séaillfs, rapporteur de la commission, donne lecture de son rapport duquel il résulte que la commission propose à la société d'adopter les vœux suivants :

1° Sont seuls maintenus les points alloués aux médecins faisant ou ayant fait déjà du service dans les Bureaux de Bienfaisance.

2° Suppression du concours par arrondissement qui serait remplacé par un classement général des candidats, classement d'après lequel ceux-ci choisiraient leur place.

Au sujet de cet article la Commission décide le maintien du *statu quo*, le recrutement des médecins pour les arrondissements excentriques se trouvant plus facilement assuré par ce mode de procéder.

3° A l'ancienneté, faculté accordée aux médecins titulaires de passer d'un arrondissement dans un autre, sans avoir à reconcourir, pourvu qu'ils remplissent les conditions de résidence prévues par le réglement,

La Commission adopte ce désidératum.

4° Au sujet du vœu exprimé par le Dr de Pradel, vœu tendant à la suppression du président administratif des concours et à son remplacement par un des médecins, membre du jury, la Commission estimant que le président,

délégué de l'Assistance publique, ne prend pas part aux délibérations du Jury, qu'il n'est chargé que de la partie administrative, renseignements sur les candidats, titres, services rendus, et qu'il n'a pas voix délibérative, et qu'au bureau central les choses se passent de même, décide le maintien du *statu quo*.

5° Pour ce qui regarde la fixation de la date du concours et la limitation du nombre des candidats, la Commission pense qu'il n'est pas de la compétence des médecins de fixer une date précise et un nombre limité de candidats, les besoins du service pouvant exiger l'urgence de plusieurs convocations et cette considération étant absolument du ressort administratif.

M. Le Coin. A propos du premier article qui demande que des points soient accordés aux seuls médecins ayant rendu des services à l'Administration, je voterais même pour la suppression de tout point et ne m'occuperais que de la valeur des copies. Il serait même logique d'admettre que les anciens internes ayant, par la durée de leurs études, plus de chances que leurs concurrents, on doive leur enlever des points. Nous avons vu des anciens internes reçus, qui ne l'auraient pas été sans leurs points d'avance. Je suis donc d'avis de supprimer tout point antérieur au concours.

M. Rotillon. Je demande à la Société de voter les conclusions de la Commission quand ce ne serait que pour les médecins déjà titulaires qui sont obligés de reconcourir pour passer dans un autre arrondissement.

L'article premier mis aux voix est adopté.

L'article 2, tel qu'il a été compris par la Commission, est également adopté.

M. Martin. Au sujet de l'article 3, je propose l'amendement suivant :

« Les divers arrondissements de Paris seront divisés en deux ou trois catégories. Chaque catégorie comprendra des arrondissements dont les postes médicaux touchent une indemnité à peu près égale. Les médecins d'une même catégorie pourront permuter entre eux ou occuper un poste vacant dans leur catégorie. »

L'amendement de M. Martin, mis aux voix, est adopté.

M. de Pradel. N'ayant pu me rendre à la réunion de la Commission, je n'ai pu m'expliquer sur le vœu que j'avais émis de la suppression du président administratif du concours et de son remplacement par un médecin membre du Jury. Je suis parfaitement d'accord avec la Commission sur l'utilité de la présence au concours d'un membre de l'administration destiné à s'occuper de toute la partie administrative du concours et à renseigner le Jury sur la valeur morale et les services antérieurs des candidats. Je suis également d'accord avec mes collègues en reconnaissant hautement que le président des derniers concours a rempli ses fonctions avec un tact et une délicatesse qui n'étonneront pas ceux qui connaissent l'homme très distingué qui est à la tête de la division des secours à l'Assistance publique ; mais nous ne faisons pas ici de personnalités, nous parlons principes, et si, encore une fois, j'accepte, comme indispensable, la présence d'un administrateur à un concours de médecins, je me sépare complètement de mes collègues qui concluent, à cause de cette indispensabilité, à la nécessité de faire de cet administrateur un président.

Ce que je demande pour le concours des médecins des Bureaux de bienfaisance existe du reste pour les concours du Bureau central, de l'internat et même de l'externat auxquels le représentant de l'administration assiste, mai qui sont présidés par un médecin, contrairement à ce que croit le rapporteur de notre commission. En résumé, Messieurs, je demande à la Société de voter le maintien de la présence du représentant de l'administration au concours des médecins des Bureaux de bienfaisance, et son remplacement, comme président de ce concours, par le plus ancien médecin membre du jury.

MM. Gourichon, Rollin et plusieurs membres de la Société appuient cette proposition.

M. Gibert. Notre susceptibilité est exagérée ; on ne dit pas dans le règlement que le représentant de l'administration préside ; il ne préside pas.

M. de Pradel. Il préside, au contraire, en fait et en droit.

M. Rotillon. L'article 14e du règlement dit, en effet, qu'il préside.

M. Yvon, *président*. — L'ordre du jour pur et simple ayant été proposé par un membre de la Société, je le mets aux voix.

L'ordre du jour pur et simple est repoussé. La Société ayant ensuite repoussé les conclusions de la Commission passe au vote sur la proposition de M. de Pradel qui est adoptée.

M Dusseaud. Ne pourrait-on demander à l'administration de nommer un cinquième médecin comme membre du jury pour départager les voix?

M. Rotillon. Il n'y a pas de partage chaque juge donnant sa note représentée par des points.

M. Rotillon. Au sujet de l'article 5 de la Commission, j'avais proposé de demander à l'administration de faire, tous les ans, un concours au mois de mai avec 20 places et pas plus. Le mois de mai me semblait convenir à tous les médecins qui sont moins tenus à cette époque par la clientèle.

M. Dusseaud. On ne peut pas demander à l'administration de fixer une date immuable mais on peut lui demander de faire un concours chaque fois qu'il y aura 20 places.

M. Séailles. Ce concours de 42 places est du reste exceptionnel, nous a dit l'administration, et a été provoqué par les nouvelles places crées par la scission du service à domicile et des consultations.

La proposition de M. Rotillon, mise aux voix, est adoptée.

Le secrétaires des séances : E. De Pradel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1894. — *Présidence de* M. Ch. Périer.

Fracture du crâne par coup de feu ; enfoncement ; trépanation ; guérison. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. le Dr Chupin, médecin-major. Il s'agissait d'un homme ayant reçu une blessure du crâne par balle de pistolet et ne présentant aucun symptôme de paralysie, mais dont le crâne donnait la sensation d'une dépression notable. Après une incision de 8 centimètres, on trouva un enfoncement de la paroi osseuse. Avec la gouge et le maillet on enlève les esquilles et on trouve au-dessous de la dure-mère un épanchement sanguin que l'on évacue. Trois semaines après le malade sortait guéri.

La question que se pose M, Chupin est celle de l'indication opératoire primitive du trépan, alors qu'il n'existe aucun symptôme de paralysie, de compression. Dans un cas ana-

logue au précédent où on n'intervint pas, le patient succomba à des complications méningées et, à l'autopsie, on trouva une fracture de la lame vitrée.

Ce sont ces faits qui doivent déterminer à intervenir préventivement.

Tumeur du biceps probablement de nature tuberculeuse. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Chupin. La tumeur contenait un liquide caséeux et une coque enfermée dans le tissu musculaire ; M. Chupin en fit l'ablation totale ; elle mesurait 7 à 8 centim. de longueur. La réunion par première intention fut complète. Cette observation est un exemple rare de la tuberculose musculaire.

M. Gérard-Marchant. Il y a six ans, j'eus l'occasion de voir un jeune homme ayant reçu une balle au niveau du crâne. Le lendemain de l'accident, la température était à 38,1. A la sonde cannelée, il y avait pénétration du frontal, et la sonde cannelée cheminait dans la substance osseuse. Même en l'absence d'accident, j'intervins. Une des moitiés de la balle était arrêtée au bord de la perte de substance osseuse. Au-dessous, il y avait un foyer contenant sang et matière cérébrale que je nettoyai et je trouvai la deuxième moitié de la balle. Le malade a guéri.

J'ai souvenir de deux opérations où la balle fut cherchée en vain dans la substance cérébrale.

Aussi, je suis d'avis de faire, dans le cas de pénétration, la trépanation, mais de ne pas prolonger les recherches pour retrouver la balle, afin de ne pas s'exposer à causer de véritables dégâts.

Hystérectomie et prolapsus. — M. Schwartz. On a donné l'opération d'hystérectomie par prolapsus comme simple et facile. Or, dans le fait que j'ai eu à opérer, j'ai éprouvé de grandes difficultés et vu survenir des hémorrhagies graves.

Chez cette malade on avait pratiqué une colpopérinéorraphie antérieure, et la récidive s'était faite totale, accompagnée de métrorrhagies sérieuses. La malade avait près de 50 ans et je me décidai à l'hystérectomie.

Pendant toute l'intervention l'hémorrhagie se reproduisait avec la plus grande facilité et il fallut multiplier le nombre des pinces. La paroi postérieure de la vessie était très intimement adhérente à la face antérieure de l'utérus.

La malade n'a pas de récidive.

M. Routier. Deux fois j'ai été amené à faire l'hystérectomie pour prolapsus.

Chez une des malades la vessie, dix à quinze mois après l'hystérectomie, venait encore tomber à la vulve, quand la malade toussait.

Chez l'autre, la guérison opératoire fut parfaite, mais je n'ai pas eu l'occasion de savoir quel a été le résultat thérapeutique, l'ayant perdue de vue.

Depuis j'ai fait 19 opérations autoplastiques, colporrhaphie et colpopérinéorrhaphies. Quelques-unes ont été revues et n'ont pas eu de récidives.

M. Reclus. J'ai pratiqué trois hystérectomies par prolapsus, deux en mars 1892 et une plus récente. La première était une septuagénaire affaiblie par les pertes au niveau de l'ulcération du col. Je l'opérai avec la cocaïne. La malade mourut d'accidents pleuro-pulmonaires quelque temps après.

Chez la seconde, après deux colpopérinéorrhaphies, la récidive me détermina à faire une hystérectomie. Tout alla bien, mais quinze jours après la sortie de la malade, le vagin s'était déroulé et la récidive était parfaite. Une colpopérinéorrhaphie amena la guérison complète et persistante.

Chez la troisième, l'hystérectomie rendue plus difficile par la vascularisation des insertions vaginales ne donne pas de résultats thérapeutiques. Au seizième jour il y avait retour de la cystocèle et il fallut une colpopérinéorrhaphie pour y remédier. Depuis ce temps la malade est dans un état parfait.

La gravité de ces hystérectomies, par suite de l'hémorrhagie, est facilement évitée par les ligatures et les pinces faciles à appliquer, l'utérus étant en dehors de la vulve.

Quant au résultat thérapeutique, il faut être plus sceptique. La récidive de la cystocèle, de la rectocèle, est fortement à craindre. Aussi, je me demande si l'opération réelle, importante, n'est pas la colporrhaphie plutôt que l'hystérectomie.

Dans six de ces hystérectomies M. Quénu dut faire cinq fois consécutivement une opération autoplastique et eut cinq guérisons, une seule fois, il s'en tint à l'hystérectomie seule et il eut une récidive.

L'indication de l'hystérectomie pour prolapsus doit se trouver dans l'état d'ulcération de l'utérus qui peut infecter les sutures de la colporrhaphie et aussi dans l'insuccès des opérations antérieures autoplastiques.

Enfin, les indications de l'hystérectomie données par une affection de l'utérus et des annexes n'en subsistent pas moins lorsqu'il y a coïncidence de prolapsus.

Le poids de l'utérus augmenté de volume et pouvant par ce poids et ce volume risquer de vaincre le soutien que lui offre la colpopérinéorrhaphie, doit entraîner à faire une hystérectomie, en sachant que c'est l'opération autoplastique qui est l'opération principale.

Hystérectomie et prolapsus. — Présentation de malade, par M. Pozzi.

Ablation de ganglions parotido-carotidiens. — Présentation de malade, par M. Delorme.

Luxation de la dernière phalange du gros orteil en dedans. — Présentation de malade, par M. Delorme.

Grossesse extra-utérine tubaire avec conservation du fœtus. — Présentation de pièces, par M. Pozzi.

Élections, - Associé étranger. M. Mayor (de Genève).

Correspondants étrangers. — MM. Czevuc (de Vienne), Démosthène (d'Athènes), Keen (de Philadelphie), Thornton (de Londres).

Correspondants nationaux — MM. Choux (armée), Ménard (de Berck), Hue (de Rouen), Lecerf (de Valenciennes).

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Nouvelles pilules mercurielles, par Ch.-E. Quinquaud. — Savon médicinal, 30 gr. ; dissolvez dans l'eau, puis ajoutez suffisamment d'eau salée pour détruire la solution. Décantez à plusieurs reprises en renouvelant le traitement à l'eau salée. Jetez sur une toile cirée, lavez très légèrement avec de l'eau distillée et redissolvez dans une grande masse d'eau distillée le résidu savonneux.

D'autre part, dissolvez 13 gr. 50 de bichlorure de

mercure dans une masse d'eau distillée assez grande et versez la solution mercurielle en agitant constamment. Au bout de quelques heures, recueillez le précipité d'oléate de mercure ainsi formé, lavez en le malaxant et, une fois lavé, conservez dans du papier-parchemin à l'abri de la lumière. Les pilules mercurielles seront faites avec cette masse et de la poudre de réglisse, puis enrobées dans du salol, fondu à 40°. Chaque pilule contiendra 0 gr. 15 de principe actif, soit 0 gr. 04 environ de mercure.

Ces pilules ne troublent pas la fonction gastrique, sont absorbées dans l'intestin ; très efficaces contre les manifestations syphilitiques.

Je remercie M. Portes, pharmacien en chef de Saint-Louis, d'avoir bien voulu les faire faire sous sa direction.

Liqueur de Fowler potassique inaltérable. — Brautigam propose d'adopter la formule de Traub. On dissout à l'ébullition 1 gr. d'acide arsénieux dans 5 cc. de potasse caustique ; la solution est diluée en ajoutant 30 gr. d'eau, 40 gr. d'alcool et 5 à 10 gr. d'esprit de mélisse ; finalement, on ajoute de l'alcool pour compléter 100 gr.

La dose est de X à XV gouttes par vingt-quatre heures.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus au *grade d'officier*. — M. le Dr Millard, médecin de l'hôpital Beaujon ; M. le Dr Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sont nommés *chevalier* : MM. les Drs Depasse, médecin de la direction des travaux de la ville de Paris ; Faisans, Moutard-Martin, Rendu, médecin des hôpitaux de Paris ; Galippe, Garnier, médecin en chef de l'infirmerie du dépôt ; Hervey, de Troyes, Solles ; médecin des hôpitaux de Bordeaux ; Ricci, conseiller général de l'Isère, Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes ; Dazin, médecin de l'hôpital de Cambrai ; Brullé d'Hesdin (Pas-de-Calais) ; Augey, maire de Biarritz ; Paillasson, conseiller général du Rhône ; Mouraille (de New-York).

Dans le corps de santé militaire sont nommés : *grand officier* : M. Léon Colin, médecin-inspecteur général.

Au grade de commandeur : M. le médecin inspecteur Mathis.

Au grade d'officier : M. le médecin principal de première classe Claudet ; M le médecin principal de deuxième classe Jeunehomme ; MM. les médecins-majors de première classe Carayon, Groville, Cazalas, Linarès.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Vinsac, Lamps, Monant, Maria, Passabosc, Marmonier, Martin, Dionis du Séjour, Ebstein, Favier, Lèques et Louis ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Redon, Chavier, Gazin, Christan, Huges, Ribes, Augé, Biéchy, Génin et Mers.

M. Goubeau, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

M. Gatiniol, officier de santé au Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine).

Dans le Corps de santé des Colonies, sont nommés *chevaliers* : MM. les Drs Henry, Rançon et Duval

Médecins sénateurs. — Plusieurs de nos confrères ont été réélus sénateurs dimanche dernier. Voici leurs noms : *Ain*, Dr Goujon. — *Allier*, professeur Cornil. — *Aveyron*. Dr Ouvrier. — *Calvados*, Dr Turgis. — *Charente-Inférieure*, Dr Moinet et Dr Combes. — *Corrèze*, Dr Labrousse, Dr Dellestable. — *Corse*, Dr Pitti-Ferrandi. — *Creuse*, Dr Villard. — *Dordogne*, Dr Gadaud. — *Alger*, Dr Gérente.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté décerne les récompenses suivantes aux thèses soutenues pendant l'année 1892-1893 :

Médailles d'argent : MM. Arrou, Artault, Claisse, Faure-Miller, Guillemain, Mauclaire, Rénon, de Saint-Germain, Soupault et Vialet.

Médailles de bronze : MM. Bernheim, Chavane, Decréquy, Delorde, Durand, d'Ettinger, Gaston, Janet, Leray, Loisel, Marois, Maupâté, de Mello, Vianna, Ravé, Renault, Sonnié-Moret, Tchérépakhine, Terson, Thérèse et Trognon.

Mentions honorables : MM. Archawski, Benoît, Bonneau, Bouquet, Breton, Brion, Brodier, Bureau, Calbet, Déhu, Ducellier, Flandre, Gallet-Duplessis, Gotchaux, Hélary, Houdaille, Le Coquil, Leredde, Papillon, Pécharman, Pérignon, Sorel et Triboulet.

Nominations. — Le Dr Roussel (Albéric), vient d'être nommé médecin du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Hôpitaux de Paris. — Depuis le 1er janvier, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel des chirurgiens : M. Routier est passé d'Ivry à Necker (voies urinaires) ; M. Brun, de Bicêtre aux Enfants-Malades ; M. Gérard-Marchant, du Bureau central à Ivry ; M. Bazy, du Bureau central à Bicêtre.

Société de chirurgie de Paris. — La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 17 janvier à 4 heures.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Ch. Perier, président. 2° Compte rendu des travaux de l'année 1892, par M. Kirmisson, secrétaire annuel. 3° Eloge du professeur Richet, par M. Ch. Monod, secrétaire général. 4° Proclamation des prix pour l'année 1893.

Le dîner des infécondes. — Le *Boston médical and Surgical Journal* nous apprend qu'à Paris un petit nombre de demi-mondaines choisies viennent de créer un dîner mensuel qu'elles ont justement appelé *dîner des infécondes* et qu'elles ont placé sous la présidence d'un chirurgien connu pour l'habileté avec laquelle il pratique l'ovariotomie. Le chirurgien présiderait en réalité, cette charmante compagnie d'opérées. L'idée de cette forme de menstruation supplémentaire paraît au journal américain bien parisienne. Il est regrettable que la première nouvelle en vienne d'Amérique.

Le IIIe congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome le 29 mars prochain, parallèlement au Congrès international de médecine.

Il est à présumer que l'Allemagne y sera grandement représentée. Il importe que la France n'y fasse pas moindre figure.

Je viens prier ceux de nos confrères qui s'intéressent aux questions dont ce Congrès est l'objet d'y adresser des communications qui témoignent de la part que nous pre-

nons aux études hydrologiques et météorologiques, et ceux d'entre eux qui sont en position de le faire, d'inviter les institutions hydrologiques ou météorologiques à se faire représenter à l'exposition qui accompagnera le Congrès.

Ces sortes de solennités comportent des luttes pacifiques, sur le terrain de la science, auxquelles personne ne doit se soustraire, pas plus qu'à toutes autres.

Le président honoraire du Congrès international d'hydrologie et de climatologie, et de la Société d'hydrologie médicale de Paris,

Dr Max Durand-Fardel, membre de l'Académie de médecine. On trouvera tous les renseignements relatifs aux Congrès de Rome chez le Dr Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

Un plébiscite dans l'internat. — La *Presse médicale* publie les résultats d'une sorte de plébiscite fait par les soins de l'Association des internes entre les internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux, au sujet du nouveau règlement du concours du doctorat des internes, de la limitation du nombre des places, etc.

174 réponses ont été reçues et toutes les salles de garde sont représentées.

Les résultats sont concluants pour les questions essentielles, mais restent douteux pour celles de moindre importance.

1re *question.* — A partir de 1896, tout candidat à l'internat ne devra pas avoir plus de six années de médecine. — Ce règlement qui exclut les vieux externes et les internes de province doit-il être accepté ?

142 ont répondu *non.*
22 — *oui.*
10 se sont abstenus.

2e *question.* — Doctorat des internes.

a). Tout candidat à l'internat doit-il être docteur ?

164 ont répondu *non.*
4 — *oui.*
6 se sont abstenus.

b). Un candidat à l'internat peut-il être docteur ?

107 ont répondu *oui.*
56 — *non.*
11 se sont abstenus.

c). Un interne peut-il passer sa thèse en conservant ses fonctions ?

123 ont répondu *non.*
44 — *oui.*
7 se sont abstenus.

d). En présence de la nouvelle loi militaire et si le doctorat des internes n'est pas accepté en principe, ne doit-on pas autoriser tout candidat qui, pour échapper aux deux années de service supplémentaire, a dû passer sa thèse, de se présenter au concours ?

77 ont répondu *non.*
72 — *oui.*
25 se sont abstenus.

3e *question.* — Doit-on exiger de tout candidat à l'internat l'abstention des cinq examens de doctorat ?

112 ont répondu *non.*
41 — *oui.*
21 se sont abstenus.

4e *question.* — Etes-vous partisan de l'assimilation des internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital ?

153 ont répondu *oui.*
6 — *non.*
13 se sont abstenus.

5e *question.* — En présence du nombre toujours croissant des internes, nombre qui ne peut aller qu'en augmentant, à mesure que se créeront des hôpitaux nouveaux, ne paraît-il pas légitime de prendre des dispositions qui permettraient de ne pas dépasser le nombre actuel ?

133 ont répondu *oui.*
28 — *non*
13 se sont abstenus.

6e *question.* — Mesures à prendre :

a). Suppression d'un interne sur trois dans les services de chirurgie.

101 ont répondu *oui.*
38 — *non.*
35 se sont abstenus.

b). Suppression des internes de Bicêtre et de la Salpêtrière dont les chefs ne sont pas médecins des hôpitaux :

125 ont répondu *oui.*
23 — *non.*
20 se sont abstenus.

c). Dans les services de médecine où il existe deux internes, suppression de l'un deux ;

101 ont répondu *oui.*
34 — *non.*
39 se sont abstenus.

7e *question.* — Êtes-vous partisan d'exiger la naturalisation des étrangers se présentant au concours de l'internat ?

129 ont répondu *oui.*
35 — *non.*
10 se sont abstenus.

8e *question.* — Êtes-vous partisan de créer, pour les étrangers, le titre d'interne ajdoint qui serait donné au concours; dans les mêmes conditions que celui d'interne titulaire ?

103 ont répondu *non.*
51 — *oui.*
20 se sont abstenus.

9e *question.* — Pensez-vous qu'on doive continuer à admettre les femmes au coucours de l'internat ?

91 ont répondu *non.*
61 — *oui.*

En ne tenant pas compte des résultats douteux, on peut considérer comme approuvés par la majorité des internes les six points suivants :

1° Ne pas imposer aux candidats à l'internat une limite de six années à partir de la première inscription ;

2° Ne pas admettre les docteurs au concours de l'internat ;

3° Permettre aux internes de passer leur thèse en conservant leurs fonctions ;

4° Assimiler les internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital ;

5° Ne pas augmenter outre mesure le nombre des places d'internes ;

6° Exiger la naturalisation des étrangers qui se présentent au concours de l'internat.

Voici une statistique portant sur les dix dernières années qui montre l'augmentation toujours croissante du nombre des candidats à l'internat. De 300, ce nombre est peu à peu monté à 500.

NOMBRE DES CANDIDATS.

Années.	Inscrits.	Ayant déposé une copie.	Ayant lu leur copie.	Admissibles à l'oral.	Nommés internes.	Nommés provisoires.
1883...	317	208	157	150	57	47
1884...	317	218	187	115	48	46
1885...	328	210	168	123	45	53
1886...	329	224	170	120	52	44
1887...	361	222	165	131	60	43
1888...	390	249	182	151	54	42
1889...	386	223	176	132	50	52
1890...	403	265	208	119	48	56
1891...	450	266	187	162	59	66
1892...	466	313	235	153	66	66
1893...	494	330	»	»	»	»

Nouveaux journaux. — A Paris, la *Presse médicale*, de MM. Brun, Landouzy, Roger, Bonnaire, Letulle, Olivier, de Lavarenne et Lermoyez, paraissant le samedi.

Le Dr Pierre Sebileau est devenu rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*.

Dans les départements, la *Revue médico-chirurgicale de la Province*, journal bimensuel publié à la Rochelle par le Dr Pineau.

A l'étranger *Il policlinico*, journal bimensuel publié à Rome, par les professeurs Guido Baccelli et Francesco Durante.

En revanche, le Dr J.-A. Fort suspend la publication de la *Revue chirurgicale* qui paraissait depuis cinq ans.

Le *Courrier médical*, dont le directeur était notre regretté collègue le Dr Mary Durand, fusionne avec l'*Information médicale*, dirigée par le Dr Sattler.

Nécrologie. — Le Dr Bonnichon (Armand), de Saint-Amand (Cher), décédé le 19 décembre, à l'âge de 64 ans. — Le Dr Samuel Guttmann, rédacteur en chef de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, de Berlin, mort le 21 décembre, de la grippe. — Le Dr Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, est mort mardi matin, à l'âge de 51 ans, d'une pneumonie grippale. Très laborieux et fort instruit, Quinquaud sera vivement regretté par tous ceux qui l'ont connu. — Le Dr Diday, de Lyon, ancien médecin de l'Antiquaille, membre associé de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 13 ans. Diday était tres connu par de nombreux travaux de syphiligraphie; il était en outre essentiellement journaliste et jusque dans ces dernières semaines il a publié dans le *Lyon médical* des articles humoristiques très appréciés. — Le Dr Van Beneden, naturaliste fort connu, professeur à l'Université de Louvain, membre associé étranger de l'Institut de France, est mort lundi à Bruxelles, à l'âge de 85 ans. — Le Dr Vincent, de Valence, reçu en 1867.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Charcot. Leçons du professeur, mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91 et publiés sous la direction de Georges Guinon, t. II, vol. in-8 de 482 pages, avec 20 figures et une planche hors texte. — Prix : 12 fr. — Publications du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes.

Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies, par le Dr Villedary, médecin-major de deuxième classe, ancien médecin des ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le massage vibratoire et électrique des muqueuses, sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx, par le Dr Paul Garnault (de Paris), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles (de la Sorbonne), professeur libre d'otologie et laryngologie, ancien chef des travaux d'anatomie et d'histologie comparées à la Faculté des sciences de Bordeaux, avec une préface du Dr Michaël Braun, 1 vol. in-8 de 150 pages, broché, avec 10 figures dans le texte. — Prix : 4 francs.

On surgical diseases of the neck, by Carl Beck, de New-York. — 1 vol. in-12, 44 pages. — New-York.

Nouveaux éléments de pathologie médicale, par A. Laveran, professeur à l'École de médecine du Val-de-Grâce et J. Teissier professeur à la Faculté de médecine de Lyon. *Quatrième édition*. Deux volumes in-8, ensemble 100 p., avec figures et tracés. — Prix : 22 francs. — Librairie ?

Les praticiens qui n'ont pas le loisir de suivre au jour le jour l'évolution constante de la pathologie trouvent réunies et condensées dans les *Élements de pathologie médicale* de MM. Laveran et Teissier toutes les acquisitions nouvelles de la médecine. Cette 4e édition a été soigneusement mise au courant de la science : voici les principales modifications apportées à cette nouvelle édition.

Maladies générales : Les travaux les plus récents relatifs aux microbes pathogènes ont été mis à profit. La classification a été remaniée, la tuberculose et le tétanos ont pris définitivement place dans les maladies virulentes. *Maladies du système nerveux :* De nouveaux chapitres ont été consacrés à la syringomélie, à la neurasthénie, à l'acromégalie, à la maladie de Thomssen et au paramyoclonus multiplex. *Maladies du cœur :* le chapitre a été mis au courant des recherches les plus récentes sur les souffles extra-cardiaques, les myocardites, les troubles du rythme cardiaque, le rétrécissement tricuspidien et l'insuffisance de l'artère pulmonaire. *Maladies des voies respiratoires :* On a mis à profit les nouvelles découvertes microbiologiques sur les broncho-pneumonies, la pleurésie purulente et la prophylaxie de la phthisie pulmonaire. *Maladie du tube digestif :* Leur histoire a subi un véritable bouleversement grâce aux travaux de Ch. Bouchard, Bouveret, Hayem, Reichmann, Boas, etc. Les chapitres des dyspepsies, des gastrites, des affections de l'intestin sont entièrement neufs. *Maladie du foie :* Elles ont été mises au courant des recherches nouvelles sur l'urobiline, les pigments biliaires, etc.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose. Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhées.**

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*